قربانعلی پور، مسعود؛ مقدم زاده، علی؛ جعفری، عیسی (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۶۶-۵۲.*
DOI: 10.22067/ijap.v7i1.51952

اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری

مسعود قربانعلی پور[۱]، علی مقدم زاده[۲]، عیسی جعفری[۳]

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۰

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش تمرکز بر اضطراب مرگ با دو رویکرد طرحواره درمانی و معنا درمانی در درمان خودبیمارپنداری بود.

روش: روش پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به خودبیمارپنداری همبود با اضطراب مرگ بود که تعداد ۲۸ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایشی ۲ و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ به مدت ۲۰ جلسه تحت مداخله طرحواره درمانی و گروه آزمایشی ۲ به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله با رویکرد معنا درمانی قرار گرفتند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات دو آزمون اضطراب مرگ تمپلر و مقیاس نگرش به بیماری کلنر در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری روی آزمودنی‌ها اجرا شدند. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی و معنا درمانی هر دو به طور معنی‌داری باعث کاهش خودبیمارپنداری و اضطراب مرگ می‌شوند. این پژوهش دو نتیجه مهم در بر داشت. اول اینکه مشخص شد طرحواره درمانی در درمان خودبیمارپنداری که اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود اثربخشی بالایی دارد. دوم اینکه مشخص شد تمرکز بر اضطراب مرگ در درمان خودبیمارپنداری باعث بهبود معنی‌دار این بیماران می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، معنادرمانی، اضطراب مرگ، خودبیمارپنداری

---

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی masoodghorbanalipour@yahoo.com
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تهران، sanjeshali30@yahoo.com
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

مقدمه

خودبیمارپنداری[۱] اختلالی است که بر اساس ترس معنادار از ابتلاء به یک بیماری جدی و یا فکر ابتلای به آن بر اساس تفسیر اشتباه‌آمیز یک یا چند نشانه فیزیکی مشخص می‌شود. اشتغال ذهنی با موضوع بیماری حتی با اطمینان آفرینی‌های مکرر و ارزشیابی‌های دقیق پزشکی نیز حداقل به مدت شش ماه دوام داشته و پریشانی و درماندگی معناداری را در زمینه‌های اجتماعی، حرفه‌ای و سایر زمینه‌ها ایجاد می‌نماید (American Psychiatric Association, 2013). این اشتغال ذهنی به حدی است که بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری معمولاً از علائم بدنی گوناگونی شکایت می‌کنند (Abramowitz, Olatunji & Deacon, 2007). همچنین این بیماران تنها با علائم شان اشتغال ذهنی ندارند، بلکه با معنی علائم شان نیز اشتغال ذهنی دارند (Noyes, Stuart, Watson & Langbehn, 2006; Abramowitz & Moore, 2007). همچنین افراد مبتلا به خودبیمارپنداری خود را در معرض خطر بالای بیماری می‌دانند و از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی رنج می‌برند (Veck, Neng, Goller & Muller-Marbach, 2014). در نتیجه، این بیماران گوش به‌زنگ تغییرات بدنی خود بوده و مستعد توجه افراطی بر احساسات و علائم بدنی و تعبیر اشتباه‌آمیز این علائم می‌باشند و با توجه به اینکه مرگ به منزله از دست رفتن بدن و کارکردهای حیاتی آن است، برخی پژوهشگران چنین استدلال می‌کنند که هراس از ویرانی بدن همان اضطراب مرگ[۲] است. در واقع نگرانی در خصوص مرگ و مردن اغلب دلیل اصلی هراس افراد مبتلا به خودبیمارپنداری از بیماری‌های خطرناک است (Starcevic, 2005). در همین زمینه برخی شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری خود را به شکل هراس و گمان در خصوص مرگ به‌واسطه یک بیماری کشنده یا درمان‌ناپذیر نمایان می‌سازد (Salkovskis & Clark, 1993). به عبارت دیگر، فکر مرگ و تمام موضوعات مرتبط با مرگ بر ذهن و فکر آن‌ها حاکم است و علی‌رغم آنکه این بیماران اضطراب شدیدی از مرگ دارند، ولی اضطراب خود را به شکل هراس از بدن و بیماری نشان می‌دهند (Starcevic, 2005). در همین راستا پژوهش قربانعلی پور، برجعلی، سهرابی و فلسفی‌نژاد (GhorbanAlipoor, Borjali, Shrabi, & Falsafinezhad, 2010) نیز حاکی از آن بود که اضطراب مرگ باعث اشتغال مفرط افراد در رفتارهای ارتقاء بخش سلامتی می شود. پژوهش‌های صورت پذیرفته در خصوص اضطراب مرگ نیز حاکی از آن هستند که که این نوع اضطراب پدیده‌ای شایع است. با مروری اجمالی بر پژوهش‌های انجام شده در

[1]. Hypochondriasis
[2]. Death Anxiety

خصـوص اضـطراب مرگ در جمعیت غیر بالینی می‌توان دریافت که ۱- اضـطراب مرگ در میان جمعیت عمومی پدیده‌ای شایع است. ۲- زنان نسبت به مردان سطح بالاتری از اضطراب مرگ را گزارش می‌کنند ۳- در تحقیقات مقطعی، سـالخوردگان سـطح بالاتری از اضـطراب مرگ را در مقایسـه با جوانان گزارش نکردند ۴- سطح تحصیلی، اقتصادی و اجتماعی بالاتر با سطح پایین‌تر اضطراب مرگ همراه است و ۵- سـطح بالای باورهای مذهبی و مشـارکت در فعالیت‌های دینی لزوماً با سـطح پایین اضـطراب مرگ همراه نیست (Kastenbaum, 2004).

علی‌رغم اهمیت اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری و سایر بیماری‌ها، این موضوع در کشور ما و حتی کشـورهای اروپایی و آمریکایی به مثابه یک تابو در نظر گرفته شـده و با واپس‌زنی و مقاومت روبرو شده به گونه‌ای که تاکنون پژوهشی در این زمینه در کشور ما صورت نپذیرفته و در کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز تنها در یکی دو دهه اخیر پژوهش‌های اندکی در این زمینه صـورت پذیرفته اسـت (Sanati, 2005). حال با توجه به اینکه تدارک خدمات حرفه‌ای بهداشـــت روانی برای ارائه راهبردهای درمانی اثربخش به منظور مقابله با چالش‌های مربوط با اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری ضروری است، پژوهش در این زمینه می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش در این حیطه باشد. یکی از رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن و سخت طراحی شده، طرحواره درمانی[1] است. حدود سی سال قبل Beck بر نقش بنیادی طرحواره‌های شـــناختی در اختلالات هیجانی تأکید کرد (Riso, du Toit, Stein & Young, 2007). طرحواره درمانی روابط بین فردی بیمار را از اوان کودکی تاکنون ردیابی می‌کند، زیرا طرحواره های ناکارآمد اولیه از نیازهای برآورده نشده دوران کودکی به‌وجود آمده‌اند. سپس با استفاده از این مدل بیمار و درمانگر با هم متحد می‌شـــوند تا با طرحواره‌ها با اســـتفاده از راهبردهای ویژه‌ای مبارزه کنند. درمانگر از طریق بازسازی روابط والدینی به صورت محدود، بیماران را آماده می‌سازد تا نیازهای برآورده نشده دوران کودکی را بروز دهند و از این طریق، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را ســـازگار کنند. این رویکرد درمانی مدعی است، به دلیل اینکه بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند و در پی آن است که هسته مرکزی مشـکل را اصـلاح نماید از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالات مزمن محور I و اختلالات شـخصـیت برخوردار اسـت (Bamber, 2006). پژوهش‌های صـورت پذیرفته نیز عمدتاً موید اثربخشـی بالای طرحواره درمانی در درمان اختلالات مزمن می‌باشد. برای مثال (Malogiannis, & et al, 2014) در پژوهشی طرحواره درمانی را روی ۱۲ بیمار با افسـردگی مزمن اجرا کردند و نتایج پژوهش نشـان داد که طرحواره درمانی در

[1]. Schema Therapy

درمان این بیماران اثربخش بود و ۷ نفر از ۱۲ بیمار تحت درمان، پاسـخ مثبت و رضـایت بخشـی به درمان نشان دادند (Malogiannis, & et al, 2014). همچنین در پژوهش دیگری که در ارتباط با بررسی اثربخشی درمان طرحواره درمانی به صورت گروهی و انفرادی در افراد با اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت، نتایج نشان داد که ترکیب طرحواره درمانی گروهی و انفرادی در درمان این اختلال اثربخش بوده و موجب بهبودی در علائم روان‌شناختی، کیفیت زندگی و شادکامی در این افراد شده است (Dickhaut & Arntz, 2014). در مطالعه‌ای دیگر، (Ball & Rounsaville, 2006) در پژوهش خود دریافتند طرحواره درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می‌گردد.

یکی دیگر از رویکردهای درمانی که در این پژوهش مورد اسـتفاده قرار گرفت، معنادرمانی[1] اسـت. معنادرمانی روشـی از رویکرد وجودی[2] اسـت که زمینه فلسـفی و نظری دارد. این رویکرد درمانی با ماهیت وجودی و معنوی انسان سر و کار دارد. آنچه در انسان مهم و با ارزش بوده و وی را از حیوان متمایز می‌کند، بعد روحی و معنوی او ست. در این رویکرد درمانی انگیزه اصلی رفتار انسان اراده معطوف به خوشی نیست، معطوف به قدرت هم نیست، بلکه اراده و سائق نسبت به معنا است. در معنادرمانی کوشش می‌شود که فرد در زندگی خود هدف و منظوری را جسـتجو کند. به بیمار کمک می‌شـود تا به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. لازم است به بیمار کمک شود تا نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیرانه‌ای در به فعل رساندن ارزش‌های خود نشان دهد، بلکه لازم است او متعهد انجام کاری شود که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شـود (Guttmann, 2008). این رویکرد درمانی بر چهار علاقه مهم که ریشـه در هستی یا وجود انسان دارد یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (Corey, 2011).

پژوهش‌های صورت پذیرفته نیز حاکی از اثربخشی معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی و مقابله با بیماری‌های روانی می‌باشد. برای مثال، در پژوهشی نقش معنای وجودی به عنوان یک مانع در مقابل استرس را در ۱۴۳ نفر از فارغ التحصیلان دانشگاهی مورد بررسی قرار دادند و نتایج حاکی از آن بود که داشتن معنا در زندگی مانعی در برابر ابتلاء به افسردگی ناشی از استرس محسوب می‌شود (Mascaro & Rosen, 2006). در مطالعه‌ای (Hosseinzadeh-Khezri, & et al, 2014) اثربخشی معنادرمانی گروهی را روی سلامت روانی و امید به زندگی در ۱۷ بیمار سرطانی تحت شیمی درمانی مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش نشان داد که آموزش معنادرمانی در کاهش علائم روان‌شناختی و افزایش سطح امیدواری در بیماران مؤثر است. در پژوهش (Ghorbanalipoor & Esmaeili, 2012) که در زمینه تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ

---

[1]. Logo Therapy
[2]. Existential

در سالمندان صورت گرفت، نتایج نشان داد که معنادرمانی موجب کاهش اضطرب مرگ در سالمندان در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری شده است. Sorajjakools, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson & Earl, (2008) در یک مطالعه کیفی نقش معنویت و معنا را در میان ۱۵ فرد مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار دادند، نتیجه این تحقیق حاکی از آن بود که معنا و معنویت نقش معنی‌داری در غلبه بر افسردگی دارد. حال از طرفی با توجه به اینکه خودبیمارپنداری اختلالی مزمن و عموماً مقاوم به درمان است و همچنین فقدان پژوهش در خصوص اضطراب مرگ و نقش آن در اختلال خودبیمارپنداری و با عنایت به اینکه بخش قابل توجهی از پژوهش‌های انجام شده یا در حال انجام در گستره آسیب‌شناسی، روان‌درمانی و مشاوره به پژوهیدن وجوه مختلف مکاتب، شیوه‌ها و فنون درمانی اختصاص یافته است. تلاش برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی به عنوان درمان انتخابی اختلالات مزمن و معنا درمانی به عنوان رویکردی برای حل مشکلات وجودی در مقابل خودبیمارپنداری در فرایند تولید دانش انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد. در همین راستا، پژوهش حاضر در صدد است تا به سؤالاتی در خصوص اثربخشی تمرکز بر اضطراب مرگ با رویکردهای طرحواره‌درمانی و معنادرمانی در کاهش خودبیمارپنداری پاسخ داده و شیوه‌ای مناسب برای کاهش خودبیمارپنداری معرفی کند.

روش

در این مطالعه از طرح پژوهشی آزمایشی استفاده شده است. طرح آزمایشی پژوهش حاضر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که شامل مراحل اجرایی زیر است: ۱- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها ۲- اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۳- اجرای متغیر مستقل بر روی گروه آزمایشی ۴- اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها ۵- اجرای پی‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن شهر ارومیه که مبتلا به اختلال خودبیمارپنداری بوده و برای درمان به یکی از مراکز مشاوره شهر ارومیه مراجعه نموده بودند. برای تعیین نمونه از بین افراد مبتلا به خودبیمارپنداری که به مراکز درمانی مراجعه نموده بودند ۶۰ نفر که تمایل به شرکت در این پژوهش داشتند و نمره آن‌ها در مقیاس نگرش به بیماری بالای ۶۰ و در مقیاس اضطراب مرگ بالای ۷ بود، انتخاب شده و مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روان‌پزشک برای آن‌ها اجرا شد. تعداد ۳۲ نفر از این افراد مبتلا به خودبیمارپنداری تشخیص داده شدند که از این تعداد ۳۰ نفر به تصادف انتخاب شده و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (گروه در لیست انتظار) قرار گرفتند. در این مرحله مقیاس نگرش به بیماری و مقیاس اضطراب مرگ به عنوان پیش آزمون

روی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس گروه آزمایشی اول طرحواره درمانی مبتنی بر مدل یانگ (۱۹۹۰) را طی ۲۰ جلسه و گروه آزمایشی ۲ معنا درمانی مبتنی بر مدل گاتمن (2008) را در ۱۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. لازم به ذکر است با وجود تلاش پژوهشگر و پیگیری مسئولان مراکز مشاوره ۲ نفر از مراجعان گروه آزمایشی طرحواره درمانی بعد از جلسه چهارم و هفتم درمان، از شرکت در جلسات درمانی خودداری کردند و به این ترتیب حجم گروه‌های پژوهش به ۱۸ نفر کاهش پیدا کرد. در مجموع، ۸ مراجع در گروه طرحواره درمانی، ۱۰ مراجع در گروه معنادرمانی و ۱۰ مراجع در گروه کنترل شرکت داشتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از:

۱) داشتن افسردگی بنابر تشخیص روان‌پزشک و دارا بودن ملاک‌های DSM-IV-TR، برای اختلال خودبیمارپنداری و نداشتن همبودی با هیچ یک از دیگر اختلال‌های محور I.
۲) بیمار تحت دارو درمانی یا روان درمانی برای مشکل فعلی نباشد.
۳) مشکل فرد ناشی از مصرف دارو یا مواد نباشد.
۴) مشکل فرد ناشی از بیماری جسمانی یا نورولوژیکی خاصی نباشد.

مقیاس نگرش به بیماری (IAS)[1]: این پرسشنامه توسط (Kellner, 1986) ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و به منظور اندازه‌گیری خودبیمار پنداری طراحی شده است. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیر مقیاس است اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند (Noyes, Woodman, Bodkin & Yagla, 2004). در ایران، این پرسشنامه توسط (Atrifard, Shaeiri & Asghrimoghadam, 2006) مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۳، ۱۰، ۴ و ۳ گویه هستند. بررسی همسانی درونی زیر مقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیر مقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با خرده مقیاس خودبیمارپنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد

[1]. Illness Attitudes Scale

(Atrifard, Shaeiri & Asghrimoghadam, 2006).

مقیاس اضطراب مرگ (DAS)[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ ساخته شده است و شامل ۱۵ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ می سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۵ متغیر باشد که نمرۀ بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی‌های به عمل آمده در مورد روایی و پایایی مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. در فرهنگ اصلی، ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (Rajabi & Bahrani, 2001). پایایی و روایی این پرسشنامه را در ایران (Rajabi & Bahrani, 2001) مورد بررسی قرار داده و ضریب پایایی تصنیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجۀ آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بوده است.

روند اجرای پژوهش:

پس از تعیین نمونه و جایگزینی و برگزاری جلسه توجیهی آزمودنی‌های گروه آزمایش۱ (طرحواره درمانی) به صورت فردی در ۲۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای شرکت کردند و آزمودنی‌های گروه آزمایش ۲ (معنا درمانی) به صورت فردی در ۲۰ جلسه درمان هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای شرکت نمودند و آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. کلیه اعضای نمونه بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره پرسشنامه‌های پژوهش را به عنوان پس آزمون و سه ماه پس از اتمام جلسات به عنوان پی‌گیری تکمیل کردند. خلاصه محتوای جلسات درمانی گروه طرحواره درمانی به شرح ذیل بود: جلسه اول) برقراری ارتباط، جلسه دوم) آموزش به بیمار درخصوص اختلال، جلسه سوم تا هفتم) بررسی و شناسایی افکار تحریف شده و مواجهه و اصلاح آن‌ها، جلسه هشتم تا دهم) آموزش الگوی طرحواره محور شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد، جلسه یازدهم تا سیزدهم) شناسایی اجبارها و اجتناب‌های ناشی از طرحواره‌ها، جلسه چهاردهم تا شانزدهم) حذف اجبارها و مواجهه با اجتناب طرحواره، جلسه هفدهم تا بیستم) چالش شناختی با طرحواره‌های آسیب زا. همچنین خلاصه محتوای

[1]. Death Anxiety Scale

جلســات درمانی گروه معنا درمانی به شــرح ذیل بود: جلســه اول) برقرای ارتباط و تعیین اهداف، جلســه دوم) شناسایی درک بیمار از مفاهیم مرگ، آزادی، انتخاب و مسئولیت‌پذیری، جلسه سوم) شناسایی ترس‌های مراجع و ایجاد آگاهی از جایگاه و پی‌آمدهای آزادی و انتخاب در سلامت و یا عدم سلامت، جلسه چهارم) مواجهه با ترس‌ها و افزایش مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران، جلسه پنجم و ششم) مواجهه با ترس‌ها و قبول واقعیت مرگ و کشف معنای نهفته در روابط و رنج‌ها، جلسه هفتم) مواجهه با ترس‌ها، قبول واقعیت مرگ و درک نقش هدفمندی در افزایش بهره‌مندی از زندگی سالم و درک معنی و هدف زندگی، جلســه هشــتم و نهم) مواجهه با ترس‌ها و انتخاب هدف‌های جدید و تعهد نسبت به آن‌ها، جلسه دهم) مرور جلسات و اتمام جلسات.

یافته‌ها

در این قســمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شــده اســت. ابتدا اطلاعات توصــیفی مربوط به آزمودنی‌های پژوهش ارائه شــده اســت و ســپس با اســتفاده از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفته‌اند.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه در میزان اضــطراب مرگ و خودبیمارپنداری در هر سه مرحله نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب مرگ و خود بیمارپنداری

مراحل	گروه	اضطراب مرگ		خودبیمارپنداری		تعداد
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	طرحواره درمانی	۱۱/۷۵	۱/۷۵	۹۱/۶۳	۹/۸۸	۸
	معنادرمانی	۱۲/۵۰	۱/۷۱	۹۳/۴۰	۶/۵۱	۱۰
	کنترل	۱۲/۳۰	۱/۸۲	۹۴/۱۰	۸/۱۸	۱۰
	کل	۱۲/۲۱	۱/۷۲	۹۳/۱۴	۷/۹۲	۲۸
پس‌آزمون	طرحواره درمانی	۷/۵	۱/۵۱	۶۳/۵	۱۲/۹۶	۸
	معنادرمانی	۷	۱/۴۱	۸۲/۱۰	۹/۱۳	۱۰
	کنترل	۱۰/۷	۲/۲۱	۹۳/۹۰	۸/۱۴	۱۰
	کل	۸/۴۶	۲/۴۱	۸۱	۱۵/۶۹	۲۸
پی‌گیری	طرحواره درمانی	۷/۸۸	۱/۳۵	۶۵/۲۵	۹/۹۹	۸
	معنادرمانی	۷/۳۰	۱/۳۳	۸۴/۹۰	۹/۸۸	۱۰
	کنترل	۱۱/۸۰	۱/۹۳	۹۵/۷۰	۶/۶۶	۱۰
	کل	۹/۰۷	۲/۵۸	۸۳/۱۴	۱۵/۰۸	۲۸

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب مرگ از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان و گروه بر نمرات اضطراب مرگ

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
			بین گروهی			
زمان	۲۲۹/۳۸	۲	۱۱۴/۶۹	۱۷۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
زمان×گروه	۶۶/۳۶	۴	۱۶/۵۹	۲۵/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
خطا	۳۲/۷۵	۵۰	۰/۶۵			
			درون گروهی			
گروه	۱۳۲/۳۹	۲	۶۶/۱۹	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
خطا	۱۸۶/۰۲	۲۵	۷/۴۴			

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات اضطراب مرگ معنی‌دار می باشد [η^2=۰/۸۲، P<۰/۰۰۰۱، ۱۷۵/۱۰=(F(۲،۵۰]. بنابراین می‌توان بیان کرد که صرف‌نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس آزمون و پی گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می‌باشد [η^2=۰/۶۸، P<۰/۰۰۰۱، ۲۵/۳۳=(F(۵۰،۴]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات اضطراب مرگ در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که از جدول مشاهده می‌شود تاثیر گروه نیز بر نمرات اضطراب مرگ معنی‌دار است [η^2=۰/۵۱، P<۰/۰۰۰۱، ۸/۸۹=(F(۲۵،۲]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری بین میانگین نمرات اضطراب مرگ گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ ارئه شده است.

جدول ۳ نتایج آزمون بن‌فرنی برای مقایسه میانگین اضطراب مرگ گروه‌ها در هریک از مراحل اندازه‌گیری

زمان	طرحواره درمانی (۱)		معنادرمانی (۲)		کنترل (۳)		آزمون بن فرنی
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	۱۱/۷۵	۱/۷۵	۷/۵	۱/۵۱	۷/۸۸	۱/۳۵	۳=۲=۱
پس‌آزمون	۱۲/۵۰	۱/۷۱	۷	۱/۴۱	۷/۳۰	۱/۳۳	۳ >۱،۲
پی‌گیری	۱۲/۳۰	۱/۸۲	۱۰/۷	۲/۲۱	۱۱/۸۰	۱/۹۳	۳ >۱،۲

چنانچه از جدول مشـــاده می‌شـــود در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اضـطراب مرگ گروه‌های آزمایشـی وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل اســـت ($P<۰/۰۰۰۱$). اما بین میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات اضـــطراب مرگ در مرحله پیش‌آزمون موثر بوده اســـت. همانطور که از جدول مشـــاهده می‌شـــود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات اضـطراب مرگ طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل اســـت ($P<۰/۰۰۰۱$) اما بین میانگین نمرات دو گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

به منظور مقایســـه میانگین نمرات پس‌آزمون خودبیمارپنداری از آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تاثیر زمان و گروه بر خود بیمارپنداری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	η^2
درون‌گروهی						
زمان	۲۷۸۷/۷۳	۲	۱۳۹۳/۶۸	۸۶/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
زمان×گروه	۲۳۳۲/۲۶	۴	۵۸۳/۰۶	۳۶/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
خطا	۸۰۲/۶۸	۵۰	۱۶/۰۵			
بین‌گروهی						
گروه	۵۹۹۱/۱۱	۲	۲۹۹۵/۵۵	۱۳/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵
خطا	۵۳۶۸/۷۹	۲۵	۲۱۴/۷۵			

چنانچه از جدول مشاهده می‌شود تاثیر زمان اندازه‌گیری بر نمرات نگرانی معنی‌دار می‌باشد [η^2=۰/۸۲، P<۰/۰۰۰۱، F(۲،۵۰)=۸۶/۸۱] . بنابراین می‌توان بیان کرد که صـــرف‌نظر از گروه، بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری در پیش‌آزمون، پس آزمون و پی گیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار می باشـــد [η^2=۰/۶۷، P<۰/۰۰۰۱، F(۴،۵۰)=۳۶/۳۲]. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات خودبیمارپنداری در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان‌طور که از جدول مشاهده می‌شود تاثیر گروه نیز بر نمرات خودبیمارپنداری معنی‌دار است [η^2=۰/۶۵، P<۰/۰۰۰۱، F(۲،۲۵)=۱۳/۹۴]. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که

صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین گروهی گروه بر نمرات خودبیمارپنداری معنی‌دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرنی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۵ ارئه شده است.

جدول۵. نتایج آزمون بن‌فرنی برای مقایسه میانگین خودبیمارپنداری گروه‌ها در هریک از مراحل اندازه‌گیری

زمان	طرحواره درمانی (۱)		معنادرمانی (۲)		کنترل(۳)		آزمون بن فرنی
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	۹۱/۶۳	۹/۸۸	۶۳/۵	۱۲/۹۶	۶۵/۲۵	۹/۹۹	۳=۲=۱
پس‌آزمون	۹۳/۴۰	۶/۵۱	۸۲/۱۰	۹/۱۳	۸۴/۹۰	۹/۸۸	۳ >۱،۲
پی‌گیری	۹۴/۱۰	۸/۱۸	۹۳/۹۰	۸/۱۴	۹۵/۷۰	۶/۶۶	۳ >۱،۲

چنانچه از جدول مشـــاده می‌شـــود در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه های آزمایشـــی وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل اســـت (P<۰/۰۰۰۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات خودبیمارپنداری در مرحله پس‌آزمون موثر بوده اسـت. همان‌طور که از جدول مشـاهده می‌شـود در مرحله پیگیری نیز میانگین نمرات خودبیمارپنداری گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل ا ست (P<۰/۰۰۰۱). در نتیجه می‌توان گفت هر دو گروه طرحواره درمانی و معنا درمانی به طور معنی‌داری در کاهش میانگین نمرات خودبیمارپنداری موثر بوده‌اند.

نتیجه

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و معنا درمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری بود. نتایج پژوهش نشـان داد که طرحواره درمانی اثربخشـی بالایی را در کاهش ا ضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. همچنین م شخص شد که معنا درمانی نیز اثربخ شی بالایی در کاهش اضــطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. در زمینه اثربخشـی بالایی طرحواره درمانی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری پژوهشی صورت نگرفته است. با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشـان داد که طرحواره درمانی اثربخشـی بالایی را در کاهش اضـطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. این

یافته با نتایج پژوهش (Owens, Pike & Chard, 2001) نیز که ۲۸ زن بزرگسال با سابقه تجاوز جنسی کودکی را با رویکرد طرحواره درمانی مورد درمان قرار دادند، همسو است. در پژوهش آنها تنها ۲ نفر از ۲۸ فردی که در گروه طرحواره درمانی قرار داشتند پس از اتمام درمان هنوز علائم اختلال استرس پس از ضربه را داشتند. این یافته با نتایج پژوهش (Ball & Rounsaville, 2006) نیز که در پژوهش خود دریافتند طرحواره درمانی باعث کاهش چشمگیر اختلال شخصیت و سوء مصرف مواد می‌گردد، همسو هماهنگ است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی می‌توان گفت که در این رویکرد درمانی، طرحواره‌های خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و نیمرخ چند بعدی برای وی ترسیم می‌شود. راهبردهای درمانی مناسب و مرتبط با تجربیات هر شخص به ویژه تجربیاتی که مانع از همکاری، یادگیری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌شوند طراحی می‌شوند. افکار خودکار منفی و برداشت‌های نادرست هر دو پیامدهای جانبی طرحواره‌ها محسوب می‌شوند که این طرحواره‌ها اطلاعات ورودی را از نظر گذرانده، کدبندی و ارزشیابی می‌کنند، همچنین طرحواره‌ها تعیین می‌کنند که چه چیزی ادراک شده و چه چیزی ادراک نشود. بیماران معمولاً طرحواره‌های خود را مورد سؤال قرار نمی‌دهند و آن‌ها را به عنوان واقعیت مسلم در زندگی خود می‌پذیرند. طرحواره درمانی در فرایند درمان با استفاده از به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها صدای سالمی را در ذهن خود به‌وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. یکی دیگر از دلایل اثربخشی طرحواره درمانی استفاده از تکنیک‌های رفتاری است. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره- خواست، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به او کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند (Riso, Stein & Young, 2007). همچنین اتحاد درمانی یک عامل مهم در ایجاد تغییرات درمانی است. در واقع اتحاد درمانی مثبت با درمانگر یک تجربه هیجانی تصحیح کننده برای بیماران فراهم می‌آورد و بنابراین ممکن است یکی از دلایل درمان موثر باشد. اتحاد درمانی مثبت یک محیط امن را ایجاد می‌کند که در آن بیمار برای نزدیک شدن به عواطف و هیجانات ترسناک به اندازه کافی احساس ایمنی می‌کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که معنا درمانی اثربخشی بالایی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش (GhorbanAlipoor & Esmaeili, 2012) همسو بود. در این پژوهش مشخص شد که معنا درمانی موجب کاهش اضطرب مرگ در سالمندان در مرحله پس‌آزمون

و دوره پیگیری شده است. در پژوهش (Sorajjakools, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson & Earll, 2008) نیز مشخص شد که معنا و معنویت نقش معنی‌داری در غلبه بر افسردگی دارد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که معنا درمانی در کاهش اضطراب مرگ و خودبیمارپنداری بیماران موثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از دلایل اثربخشی معنا درمانی کمک به مراجعان در یافتن هدف یا اهدافی برای زندگی خود است. داشتن هدف از طریق احیای ارزش‌های خلاق، در سایه کار، خدمت به دیگران یا احیای ارزش‌های تجربی و احیای ارزش‌های گرایشی در بیمار، زندگی را برای او با معنا می‌کند. از دلایل دیگر اثربخشی معنا درمانی، کمک به مراجعان در رویارویی با واقعیت مرگ است. آگاهی از مرگ حس مسئولیت‌پذیری مراجعان را نسبت به زندگی افزایش می‌دهد. نتیجه این که افراد با آگاهی از موضوع مرگ خود تمام تلاش خود را در قبال مسئولیتی که در ازاء تمام لحظات زندگی دارند، به کار می‌گیرند. همچنین آگاهی از مرگ غیر قابل گریز شوق‌مندی در رویارویی با فعالیت‌های مخاطره برانگیز را افزایش می‌دهد. استفاده از تکنیک قصد متناقض از دیگر دلایل اثربخشی معنا درمانی است. با استفاده از این تکنیک مراجعان تشویق می شوند تا به انجام رفتارهایی بپردازند که از آن‌ها می‌ترسند، همچنین تشویق می شوند تا از موقعیت هایی که از آن ها وحشت دارند، اجتناب نورزند و بدین ترتیب رویارویی با موقعیت های خطرناک فرصتی را فراهم می‌آورد که از طریق اشتغال ذهنی با آن موقعیت‌ها، ترس بیماری‌زا جای خود را به آرزوی متضاد بدهد.

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی و معنی درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب مرگ و اختلال خود بیمارپنداری موثر است. در واقع این یافته از نقش اضطراب مرگ در اختلال خودبیمارپنداری خبر داده و اضطراب مرگ را به عنوان نه تنها نشانه‌ای از نشانه‌های خودبیمارپنداری بلکه به عنوان عاملی که ممکن است نقشی اساسی در آسیب شناسی این اختلال داشته باشد، معرفی می‌کند. از محدودیت‌های عمده این پژوهش اجرای کلیه مراحل پژوهش به وسیله پژوهشگر بود، بر این اساس، این احتمال وجود دارد که در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه، سوگیری‌هایی وجود داشته باشد. در این راستا، پیشنهاد می‌شود مقایسه بین رویکردهای مختلف درمان اختلال خودبیمارپنداری با حضور درمانگران و آزمون‌گران غیر همسان صورت پذیرد.

References

Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. Behavior Research and Therapy, 45(3), 413–424.

Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. Behavior Therapy. 38(1), 86–94.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition): Washington.
Atrifard, M., Shaeiri, M., & Asghrimoghadam, M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the "scale of the Illness Attitude» (IAS) in Iranian samples. Clinical Psychology & Personality, 13(16), 57-70. (In Persian)
Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2006). Refinishing without rebuilding: Dual focus schema therapy for personality disorder and addiction. Treatment companion to the DSM-IV-TR casebook, 53-65.
Bamber, R. M. (2006). CBT for Occupational Stress in Health Professionals. London: Rutledge Publishing.
Corey, G. (2011). Theory and practice in group counseling and therapy. Canada: Brooks – Cole.
Dickhaut, V. & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45, 242-251.
GhorbanAlipoor, M., & Esmaeili, A. (2012). Logo determine the effectiveness of the anxiety of death in the elderly. Quarterly of Culture Counseling & Personality, 3(9), 53-68. (In Persian)
GhorbanAlipoor, M., Borjali, A., Shrabi. F., & Falsafinezhad, M. (2010). Effect of death anxiety and age on health promoting behaviors, The Journal of Urmia University of Medical Sciences, 21(2), 286-292. (In Persian)
Guttmann, D. (2008). Finding Meaning in Life, at Midlife and Beyond: Wisdom and Spirit from Logotherapy: Wisdom and Spirit from Logotherapy. ABC-CLIO.
Hosseinzadeh-Khezri, R., Rahbarian, M., Sarichloo, M. E., Lankarani, K. B., Jahanihashemi, H., Rezaee, F. (2014). Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of Patients with Colorectal Cancer receiving Chemotherapy, Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences, 3(5), 164-169.
Malogiannis, I. A. et al. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 45, 319-329.
Kastenbaum, R. (2004). Death, society, and human experience (8th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
Mascaro, N. & Rosen, D. H. (2006). The role of existential meaning as a buffer against stress. Journal of Humanistic Psychology. 46(2), 168-190.
Noyes, J. R., Woodman, C. L., Bodkin, J. A., & Yagla, S. J. (2004). Hypochondriacal concerns in panic disorder and major depressive disorder: A comparison. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 34(2), 143 – 154.
Noyes, R., Stuart, S., Watson, D.B. & Langbehn, D.R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. Psychotherapy and Psychosomatics, 75(5), 270–281.
Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. Behavior Therapy, 32(3), 413-424.
Rajabi, G., & Bahrani, M. (2001). Death Anxiety Scale factor analysis questions. Journal of Psychology, 5(4), 344-331. (In Persian)
Riso, P. L., du Toit, L. P., Stein, J. D., & Young, E. J. (2007). Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist practitioner guide. Washington: American Psychological Association.
Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. Advances in Behaviour Research and Therapy, 15(1), 23-48.

Sanati, M. (2005). Earn to Die in the West thought. Organon Journal, 26, 1-64. (In Persian)
Sorajjakools, S. Aja, V. & Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., Earll, A. (2008). Disconnection, Depression and Spirituality: A study of the role spirituality and meaning in the lives of individuals with the severe depression. Pastoral Psychology, 56(5), 521-532.
Starcevic, V. (2005). Fear of Death in Hypochondriasis: Bodily Threat and Its Treatment Implications. Journal of Contemporary Psychotherapy. 35(3), 227 – 237.
Veck, F., Neng, M. B., Goller, K., Muller-Marbach, A. M. (2014). Previous Experiences with Illness and Traumatic Experiences: A Specific Risk Factor for Hypochondriasis? Psychosomatics, 55, 362–371.
Young. J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema– focused approach*. Sarosota. FL. Professional resource exchange Inc. (3rd Ed). Professional Resource Exchange.